

15 Procedimentos realizados durante a internação (tais como cirurgias, entubação, acesso venoso e outros) _____

16 Causas do óbito especificadas no registro médico _____

17 Encaminhamento SVO IML Outro. Especificar _____ Não se aplica

18 Informações relevantes que podem contribuir para a qualificação da Causa Básica de morte - (marque com X quantas opções julgar importantes)

Acidente de transporte. Especificar se carro, moto, atropelamentos, outros. _____

Câncer. Especificar o sítio primário _____ Cirurgia. Especificar qual _____

Derrame cerebral. Especificar se AVC isquêmico ou hemorrágico: _____ Sequela de AVC

Doença renal. Especificar se hipertensiva, por diabetes, outros _____ Doença respiratória crônica

Doença infecciosa. Especificar o sítio primário _____ Doença hepática. Especificar _____

Alcoolismo Hipertensão HIV/AIDS Infarto do miocárdio

Queda. Especificar se da própria altura, outros. _____ Diabetes

Transtorno mental e/ou comportamental. Qual? _____ Tuberculose

Violência. Especificar se homicídio, suicídio, outros. _____

19 Óbito de mulher em idade fértil Na gravidez No parto No aborto

Até 42 dias após o parto De 43 dias a 1 ano após o parto Não ocorreu nestes períodos Sem informação

20 Outras observações (informações complementares) _____

REVISÃO DAS CAUSAS DA MORTE APÓS INVESTIGAÇÃO (PREENCHIMENTO PELO MÉDICO)			CID-10 (CODIFICADOR)
Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	
	Causas antecedentes Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica	b	Devido ou como consequência de:
		c	Devido ou como consequência de:
		d	Devido ou como consequência de:
Parte II	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima		

21 Grau de certeza do diagnóstico Definitivo Provável Possível Ausência de informações

22 Justificar (quais achados clínicos e exames foram mais relevantes para o diagnóstico): _____

23 Nome do Investigador _____ Telefone de contato _____

24 Médico Atestante _____ CRM _____ Telefone de contato _____

ALTERAÇÃO DA CAUSA BÁSICA NO SIM (DESTINADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

Data de alteração da causa básica no SIM Causa Básica no SIM pós-investigação